

INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA EM SAÚDE: DESAFIOS PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE*

HEALTHCARE-ASSOCIATED INFECTION: CHALLENGES IN ITS PREVENTION AND CONTROL

INFECCIONES RELACIONADAS A ASISTENCIA EN SALUD: DESAFÍOS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROLE

Adriana Cristina Oliveira¹
 Quésia Souza Damasceno²
 Silma M. C. P. Ribeiro³

RESUMO

Nesse ensaio teórico, foram analisados três desafios para a prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência em saúde (IRAS): resistência bacteriana, processamento de produtos para saúde e comportamento do profissional de saúde adiante da adoção das recomendações para o controle de infecção. Destaque-se que a abordagem multifatorial para o controle das IRAS pode ser favorecida por meio da vigilância contínua e efetiva da infecção, da monitoração da higienização de mãos e de recursos para a adesão às precauções, enfatizando o comportamento individual e coletivo. Reafirma-se a responsabilidade de cada um com vista à segurança do paciente na estratégia “Tolerância zero” (resposta aos comportamentos e práticas inseguras que colocam em risco a saúde de pacientes e profissionais). Contribui-se assim, para a reflexão dos profissionais sobre a corresponsabilização na qualidade das práticas individuais, coletivas e institucionais, bem como para um “novo olhar” sobre o fazer, o pensar e o agir.

Palavras-chave: Farmacorresistência Bacteriana; Precauções Universais; Infecção Hospitalar.

ABSTRACT

In this theoretical paper we analyze three challenges for the prevention and control of healthcare associated infections (HAIs): bacterial resistance, processing of products for health, and behavior of healthcare workers for the adoption of standards for infection control. We consider that a multifactor approach for the control of HAIs can be favored by a continuous and effective surveillance of infection, by monitoring hand hygiene and resources for effectiveness of adherence to control measures, and by emphasizing individual and collective attitudes. We highlight the responsibility of each one in order to achieve the “Zero Tolerance” strategy (response to behaviors and unsafe practices that endanger the health of patients and professionals). We contribute to the healthcare workers discussion about their co-responsibility on individual, collective and institutional quality practices, and we provide a “new way of looking” over these professionals’ attitudes and thoughts.

Key words: Bacterial Drug Resistance; Universal Precautions; Hospital Infection.

RESUMEN

En este trabajo teórico se analizaron tres desafíos para prevenir y controlar infecciones relacionadas con el cuidado de la salud (IRCS): resistencia bacteriana, transformación de los productos para la salud y comportamiento de los profesionales de salud frente a la adopción de estándares para el control de la infección. Se destacó que, para controlar las IRCS, se puede facilitar el enfoque multifactorial con vigilancia eficaz y continua de la infección, vigilancia de la higiene de las manos y de los recursos de para adhesión a las medidas de control y énfasis en el comportamiento individual y colectivo. Se realiza la responsabilidad de cada uno con miras a la seguridad del paciente en la estrategia “Tolerancia Cero” (respuestas a los comportamientos y prácticas inseguras que ponen en peligro la salud de pacientes y profesionales). Se contribuye a la reflexión de los profesionales sobre su co-responsabilidad en la calidad de las prácticas individuales, colectivas e institucionales, así como un “nuevo enfoque” sobre su hacer, pensar y actuar.

Palabras clave: Fármaco-resistencia Bacteriana; Precauciones Universales; Infección Hospitalaria.

* Artigo baseado no Projeto de Pesquisa *Contribuição das superfícies inanimadas na disseminação de bactérias resistentes*, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) – APQ-00328-08. A autora foi contemplada com Bolsa do Programa de Bolsas de Iniciação Científica da mesma Fundação.

¹ Enfermeira. Pós-Doutora pela Universidade de Nova York. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). E-mail: adrianaoliveira@gmail.com.

² Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). E-mail: qdamasceno@yahoo.com.br.

³ Enfermeira. Doutora pela Universidade de São Paulo. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: silma@uol.com.br.
 Endereço para correspondência - Adriana Cristina Oliveira: Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia. CEP: 30130-100. Belo Horizonte/MG. Telefone:(31) 3409-9855.

INTRODUÇÃO

As infecções relacionadas à assistência em saúde (IRAS) são aquelas adquiridas durante a prestação dos cuidados de saúde e representam um dos mais importantes problemas de saúde pública no mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS), com base em dados recentes, considera que 1,4 milhão de infecções ocorre a qualquer momento, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Nos Estados Unidos, estima-se que cerca de 2 milhões de infecções relacionadas à assistência em saúde ocorram anualmente, resultando entre 60 e 90 mil mortes e com um custo aproximado de, pelo menos, 17 a 29 bilhões de dólares. Em média, de 5% a 15% de todos os pacientes internados desenvolvem IRAS. No Brasil, não se dispõe de estimativas precisas em razão da ausência de sistematização de informações.¹

Em levantamento do Conselho Regional de Medicina, em parceria com o Ministério Público de São Paulo (CREMESP), verificou-se em 156 hospitais do Estado, que o controle de infecções, na maioria deles, foi considerado deficiente. No estudo, foram avaliadas as condições de trabalho necessárias para o controle da infecção hospitalar, sendo avaliados os itens: Comissão e Programa de Controle de Infecções Hospitalares; Áreas de Procedimentos Críticos; Central de Esterilização de materiais e Biossegurança.²

A repercussão da alta frequência dessas infecções pode ser notada com o aumento da morbidade e mortalidade hospitalar, bem como com o prolongamento da internação e o aumento dos custos assistenciais. O número de publicações em periódicos internacionais sobre a ocorrência de infecções relacionadas à assistência é grande e abordam diferentes vertentes, desde aspectos epidemiológicos a novas tecnologias para prevenção e controle.

Apesar do avanço do conhecimento, verifica-se que muitos desafios ainda estão presentes no cotidiano dos controladores de infecções e dos profissionais que se dedicam à assistência direta aos pacientes.

Diante das evidências científicas e da constatação de situações desafiadoras, vários questionamentos permeiam o cotidiano do controlador de infecções: *Por que os profissionais de saúde não adotam as recomendações básicas para o controle de infecções, para a redução dos acidentes ocupacionais e para evitar a disseminação das bactérias resistentes? Por que ainda somos tão resistentes a abandonar antigas práticas que colocam em risco o paciente e o próprio profissional de saúde?* Na verdade verificamos que são muitos os porquês, poucas as respostas e inúmeras as dúvidas.

Diante de tais questionamentos, propõe-se um ensaio teórico pela sua característica de ser problematizador, antidogmático e reflexivo sem, no entanto dispensar o rigor lógico-metodológico com coerência de argumentação e o espírito crítico.³ Nesse contexto, discorre-se sobre os três desafios fundamentais, pilares para a prevenção e controle das IRAS: a) resistência

bacteriana: contenção da situação/dificuldade de controle; b) o processamento de produtos para saúde; c) e o comportamento do profissional de saúde diante da adoção das recomendações do controle de infecção, no tocante aos desafios vivenciados no cotidiano do profissional em níveis nacional e internacional, repensando ideias e ações, de forma a possibilitar um reolhar sobre a prática.

A perspectiva de trazer à tona uma reflexão sobre uma prática ética e segura dos profissionais, instituições e, sobretudo, o compromisso com uma assistência de qualidade prestada aos pacientes é que motivaram a análise desses aspectos relevantes dos atuais desafios e limitações para a prevenção e controle das infecções.

Almeja-se, ainda, possibilitar aos profissionais de saúde um “novo olhar” sobre o fazer, a interpretação dessa realidade que nos cerca, as limitações, o nosso pensar e o nosso agir e, sobretudo, a compreensão da necessidade de corresponsabilização pela qualidade das práticas individuais, coletivas e institucionais.

Resistência bacteriana: contenção da situação/ dificuldade de controle

A resistência bacteriana constitui um problema de saúde pública mundial que desperta a atenção de órgãos governamentais nacionais e internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Centro de Controle de Doenças (CDC), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e associações de controladores de infecções hospitalares, além da Indústria farmacêutica internacional.

As infecções causadas por bactérias resistentes ao tratamento apresentam manifestações clínicas semelhantes àquelas originadas de organismos suscetíveis. Todavia, as alternativas de tratamento se tornam muito reduzidas na presença de organismos resistentes. Tal fato prolonga o período de internação, eleva custos e mortalidade.⁴ A repercussão é percebida, também, nos altos custos sociais, com decréscimo da produtividade e qualidade de vida para os pacientes e familiares.

Diversas iniciativas vêm sendo tomadas para minimizar/reduzir a disseminação das bactérias resistentes, no entanto constatações de resistência bacteriana na comunidade têm sido relatadas e, de forma preocupante, com um perfil de acometimento de indivíduos diferentes daqueles hospitalizados, ou seja, indivíduos jovens sadios e sem fatores de risco previamente detectados.

Mediante essas constatações, o CDC publicou em 2007, o novo guia para precauções de isolamento que aborda a prevenção da transmissão de agentes infecciosos. Nesse guia, avanços como a alteração do foco das infecções exclusivas do ambiente hospitalar são revistos, passando a denominação de infecções associadas ao cuidado em saúde (*healthcare associated infection* – HAI) ou infecções relacionadas à assistência

à saúde (IRAS). Foi marcante o reconhecimento da mudança de atenção à saúde somente nos hospitais para outros locais, como atenção domiciliar, serviços ambulatoriais, dentre outros.⁴

Quando se aborda o tema resistência bacteriana, deve-se ter em mente dois eixos norteadores de sua ocorrência. O primeiro tem como referência a emergência dos micro-organismos resistentes, consequência do uso indiscriminado de agentes antimicrobianos, que tem preocupado enormemente a comunidade científica. Tal preocupação fundamenta-se, em parte, na dificuldade da indústria farmacêutica em responder com fármacos mais potentes de maior espectro em face do rápido desenvolvimento da resistência e transferência genética entre bactérias, também referida como pressão seletiva aos antimicrobianos.⁴

No tocante à emergência da resistência bacteriana, tem-se o uso indiscriminado dos antimicrobianos como aspecto importante dessa ocorrência, e duas vertentes podem ser relacionadas: a primeira se refere à aquisição indevida do antimicrobiano, seja por indicação de amigos, seja por familiares, muitas vezes caracterizando uma escolha, dosagem e duração do tratamento inadequado. E, em segundo plano, porém não menos importante, a relação com a prescrição médica inadequada com aspectos semelhantes ao uso na comunidade, escolha, dosagem e duração do tratamento na maioria das vezes inadequados.⁴

No segundo eixo norteador da ocorrência da resistência bacteriana, tem-se a baixa conformidade dos profissionais na adoção de protocolos/recomendações de controle de infecção. Nesse sentido, a literatura tem sido unânime em afirmar que caminhos para o controle da disseminação da resistência bacteriana perpassam essa vertente, bem como o comportamento dos profissionais de saúde, a adoção às recomendações do controle de infecções e as precauções padrão e por vias de transmissão.

Assim, busca-se compreender como será possível reverter esse quadro de forma a levar os profissionais a se envolverem e exercer ativamente seu papel na contenção da situação da disseminação da resistência bacteriana, na adoção das precauções-padrão e por vias de transmissão.

Esse é, de fato, o grande desafio, principalmente quando se verifica, nas literaturas nacional e internacional, a baixa adesão dos profissionais à higienização das mãos, ao uso de equipamento de proteção individual (EPI) e à indicação da precaução de contato.

A baixa adesão às precauções-padrão entre os profissionais de um centro de terapia intensiva foi avaliada por meio de um estudo em que foram analisados o conhecimento e o comportamento desses profissionais. Evidenciou-se que vários aspectos do comportamento humano, incluindo a falsa percepção de um risco invisível e a subestimação da responsabilidade individual na elevação das taxas de

infecção hospitalar, podem ser fatores importantes para essa adesão comprometida.⁵

Outro ponto que se refere à atitude dos profissionais de saúde e tem relação com a disseminação da resistência bacteriana pode ser exemplificado pela utilização do jaleco branco fora do ambiente hospitalar, ou seja, da prestação de cuidado.

Estudos evidenciam a contaminação da roupa, capotes e jalecos dos profissionais de saúde por *Staphylococcus aureus*, principalmente na região da cintura, punhos e bolsos, inclusive por cepas resistentes à meticilina (MRSA). A utilização de jalecos fora do ambiente hospitalar foi justificada pelos profissionais de um estudo como uso por profissionalismo, reconhecimento e, ainda, para guardar objetos.⁶

O uso do jaleco constitui importante item nas precauções estabelecidas para o controle das IRAS. Entretanto, pode tornar-se contaminado e constituir veículo para disseminação de bactérias resistentes. Alguns aspectos, como frequência e local da lavagem, uso do mesmo jaleco em diferentes setores e em outras instituições podem favorecer a contaminação e a consequente transferência de micro-organismos entre diferentes pacientes e ambientes.⁶

Esse aspecto da utilização dos jalecos fora do ambiente hospitalar tem se tornado cada vez mais uma cena comum nas áreas próximas às instituições de saúde, dentro dos ônibus, refeitórios e adjacências. Nesse aspecto, o que mais impacta é a revelação de que o profissional que usa tal jaleco, na maioria das vezes, não percebe sua implicação como possível agente na cadeia de transmissibilidade e disseminação de micro-organismos. Para esse profissional a sua utilidade não só está restrita à questão de reconhecimento, profissionalismo, como também para a proteção da roupa, para guardar pertences e manter o profissional aquecido, dentre outros.

A complexidade desse comportamento é tamanha que hábitos como esse tendem a perpetuar-se. Prova disso são os graduandos que, sem nenhuma consciência crítica, observam e repetem tais atitudes sem uma análise da repercussão que podem ter.

Além das roupas, a contaminação de superfícies tem sido relacionada a uma participação na disseminação dos micro-organismos resistentes. Muitos deles, como o MRSA e o *Enterococos*, resistentes à vancomicina (VRE), possuem características que lhes permitem sobreviver em superfícies secas de semanas a meses. Relatos de recuperação desses micro-organismos em camas, cadeiras de roda, oxímetros de pulso, maçanetas, mesas, roupas de pacientes são encontrados frequentemente.⁷

Sumarizando a questão da resistência bacteriana no que se refere à sua disseminação, pode-se apontar a sua relação com o comportamento do profissional no tocante à adoção as precauções-padrão e por vias de transmissão, a importância da utilização de roupas e jalecos privativos ao momento da assistência, ou seja,

do contato direto com o paciente, e a participação do ambiente nesse contexto.

Processamento de produtos para saúde

A dificuldade de abandonar antigas práticas, a resistência a mudanças, que colocam em risco o paciente e o próprio profissional de saúde são comportamentos também evidenciados no cotidiano do profissional de saúde. Entende-se como princípio básico para o reprocessamento a avaliação das características do artigo a ser reprocessado: se ele pode ser limpo, se a esterilidade do produto pós-processamento pode ser comprovada, se a integridade e funcionalidade podem ser demonstradas e a segurança para o paciente, documentada. É difícil imaginar que questões tão objetivas como essas possam gerar tantas atitudes que ponham em risco profissional e paciente.

Até então denominado “reprocessamento”, o processo aplicado aos artigos médico-hospitalares para permitir sua reutilização, incluindo a limpeza, preparo, embalagem, rotulagem, desinfecção ou esterilização passou, a partir da Consulta Pública nº 34, de junho de 2009, a ter outra denominação⁸: “processamento”. A definição desse ato se fundamenta nos mesmos moldes da definição anterior adotada para reprocessamento, com a introdução, também, da expressão “produtos para saúde” em substituição ao “artigo médico-hospitalar”.

Por se tratar, porém, de um instrumento de discussão pela sociedade, a referida consulta pública ainda tem efeito de proposta, podendo ser alterada com a participação efetiva dos profissionais e da coletividade mediante sugestões e recomendações de alterações de seu texto, abrangência e delimitações.

Nesse contexto da discussão, há muitos questionamentos – por exemplo, grande parte dos serviços de esterilização ainda não foi adequada à resolução anterior, que previa a elaboração e a implementação de protocolos para reprocessamento de seus artigos. Agora, uma nova proposta de resolução já se encontra na pauta do dia. Por que tudo isso? Muito do que se pode argumentar nesse sentido se deve ao pano de fundo que grandes preocupações têm causado: o surto de micobactéria de crescimento rápido.

Quem não se lembra dos casos esporádicos que se iniciaram em 2003 e pouco a pouco foram se somando, inicialmente levantando importantes, sérias e graves questões relacionadas ao cuidado do material reprocessado nas centrais de material esterilizado?

Assim, as infecções pós-cirúrgicas foram despontando em cenário nacional com um ponto em comum: o isolamento de micobactérias de crescimento rápido (MCR), atingindo gradativamente a diferentes regiões do País e contabilizando de 2003 a abril de 2009: 2.128 casos. Tais infecções foram apontadas como fortemente relacionadas às falhas nos processos de limpeza, desinfecção e esterilização de produtos médicos.

As evidências de tais falhas surgiram após investigações realizadas nos serviços de saúde, em que se constatou que os instrumentais cirúrgicos estavam sendo submetidos somente à desinfecção, e não à esterilização, e as centrais de material esterilizado apresentavam condições precárias de funcionamento, sem registros e validação de processos de limpeza, desinfecção e esterilização.

Iniciativas governamentais para revisão dessas práticas inadequadas foram tomadas, na tentativa de contenção da situação, e assim surgiu a RDC nº 8, de 27 de fevereiro de 2009, que suspendeu a esterilização química por imersão, agentes esterilizantes líquidos, para o instrumental cirúrgico e produtos para saúde utilizados nos procedimentos de videoscopias. Destaca-se, ainda, nessa RDC, a responsabilidade do coordenador do centro de material e esterilização pela supervisão de todas as atividades relacionadas ao processamento de instrumentais e produtos para saúde, incluindo as realizadas por empresas terceirizadas. Além de proibir o processamento de instrumental cirúrgico e produtos para saúde fora do CME, exceto quando realizado por empresas terceirizadas regularizadas na autoridade sanitária.

Acrescenta, ainda, critérios para a utilização do ciclo *flash* das autoclaves a vácuo, não sendo indicado para uso rotineiro no processamento do instrumental e produtos, mas tão-somente para casos de urgência, como em contaminação acidental de instrumental cirúrgico do procedimento em curso, mediante monitorização por indicadores químicos e biológicos e documentados (data, hora, motivo do uso, nome do instrumental cirúrgico ou produto para saúde e nome e assinatura do responsável).

Comportamento do profissional de saúde diante da adoção das recomendações do controle de infecção

Os desafios em controle de infecção não são novos e possuem uma relação direta com o seu contexto histórico. Basta lembrarmos quando Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865) associou a transmissão das infecções e mortalidade puerperal à precariedade da lavagem das mãos. Semmelweis comparou, em uma mesma maternidade, a mortalidade da enfermaria atendida exclusivamente por parteiras com aquela atendida pelos estudantes de Medicina e como medida de controle da situação afixou na porta da unidade o seguinte cartaz:

A partir de hoje, 15 de maio de 1847, todo estudante ou médico é obrigado, antes de entrar nas salas da clínica obstétrica, a lavar as mãos, com uma solução de ácido clórico, na bacia colocada na entrada. Esta disposição vigorará para todos, sem exceção.⁹

A realidade com a qual deparamos mais de 150 anos depois dessa iniciativa é de que ainda não resolvemos

o problema básico vivenciado por Semmelweis, que envolve as condições dos recursos humanos nas instituições de saúde, seu comportamento e sua conscientização.

A baixa adesão às recomendações de controle de infecções, medidas de biossegurança e a alta incidência de acidentes ocupacionais com material biológico têm preocupado frequentemente administradores, profissionais e pesquisadores da área.

Enfermeiros e outros profissionais de saúde são frequentemente lembrados da importância da higiene das mãos na prevenção das infecções. Em uma revisão de estudos realizada entre 1980 e 2001, o CDC revelou que, entre todos os trabalhadores da saúde, o cumprimento das recomendações de higiene de mãos “foi ruim”, ocorrendo uma média de 40% das oportunidades que deveriam ser lavadas. O incentivo ao uso de álcool gel em muitas instituições de saúde tem sido apontado com um fator que aumenta a adesão da antisepsia das mãos entre os profissionais de saúde, além de ser menos agressivo às mãos dos profissionais. Fatores apontados para a baixa higienização das mãos são: a falta de acesso às pias, tempo insuficiente dos profissionais, produtos que irritam a pele, desconhecimento sobre seu impacto na prevenção das infecções.¹⁰

A indicação do uso de álcool na ausência de sujidade visível traz inúmeros benefícios, tais como a economia de tempo e o fato de ser mais conveniente ao profissional. A promoção do comportamento da higiene das mãos é um assunto complexo e tem sido influenciada pelo sexo, atividade profissional, carga de trabalho e pelo acesso à infraestrutura para a higiene de mãos.

A adesão à higiene das mãos varia significativamente. Fatores individuais, cognitivos e psicológicos podem desempenhar papel determinante no comportamento, ou seja, o conhecimento das atitudes, intenções, crenças e percepções podem fornecer *insight* para a promoção do comportamento de higiene das mãos.¹⁰

Um desafio mundial para a segurança do paciente foi lançado pela Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC), mediante uma abordagem estratégica de “Tolerância zero” em resposta aos comportamentos inseguros e práticas que coloquem a saúde de pacientes e profissionais em risco. Destacou-se que “deve ser inaceitável a não adesão dos trabalhadores da saúde as medidas de controle de infecção”. O rigor desse objetivo justifica-se pelo fato de que, mesmo não eliminando as infecções, metas ambiciosas podem favorecer mudanças positivas.¹¹

Em perspectiva semelhante, a Aliança Mundial para segurança do paciente reforça o objetivo ético de não causar dano ao paciente. No desafio global para segurança do paciente de 2005-2006, considera-se que “Cuidado limpo é cuidado seguro”. Como cuidado

seguro, aponta como objetivos a redução das IRAS; aumento da conscientização do impacto das infecções associadas ao cuidado; construção do compromisso dos países em dar prioridade à redução das infecções; e teste da implementação das Diretrizes (*Guidelines*) da OMS para a Higienização das Mãos.¹²

Entretanto, a aplicabilidade dessas metas no cuidado em saúde cotidiano apenas se faz possível quando ocorre a aprendizagem contínua com discussão aberta dos erros, sem medo de sanção, pronta investigação das infecções e fornecimento de dados em tempo real ao pessoal de linha de frente para condução das melhorias. A observância desses aspectos pode favorecer a adesão às medidas de controle das IRAS tal como a referida higienização das mãos, que não alcança 50% de adesão entre os profissionais em nível mundial.

Outro aspecto inerente ao controle das infecções é a prevenção dos acidentes de trabalho com exposição a material biológico. Em estudo realizado com profissionais do atendimento pré-hospitalar verificou-se que a adoção das medidas de precaução-padrão poderia ser facilitada, também, pela educação contínua da equipe que atua nesse serviço. Nessa perspectiva, observou-se que a adesão às medidas de controle poderia ser influenciada por aspectos como: treinamento sobre riscos ocupacionais, uso adequado dos equipamentos de proteção individual, noções sobre as infecções, reuniões periódicas e criação de uma central para limpeza, desinfecção e esterilização dos materiais.¹³

Diversas circunstâncias podem levar à exposição com material biológico nos serviços de saúde. Numa análise da incidência de fatores relacionados e subnotificação dos acidentes com materiais perfurocortantes na equipe de um centro cirúrgico, verificou-se uma taxa de 23,6% de ocorrência do evento e 84,6% deles não foram notificados. As situações que favoreceram os acidentes foram o reencape de agulhas, o manuseio de perfurocortantes após o uso, o transporte deles para o recipiente de descarte, a lavagem dos artigos e o descarte em local inadequado.¹⁴

Um cuidado seguro em saúde deve pressupor a segurança tanto do paciente quanto dos profissionais que exercem tais atividades. Entretanto, esse cuidado abrange aspectos múltiplos que envolvem desde o conhecimento dos profissionais, o nível e a complexidade das atividades assistenciais, até disponibilidade e a distribuição de recursos humanos e estrutura física favoráveis ao controle das infecções. Portanto, o controle das infecções requer esforços conjuntos de todos os envolvidos na assistência em saúde com estratégias que contemplem suas múltiplas facetas. Cabe ressaltar, também, a importância da orientação dos pacientes, familiares e visitantes quanto às precauções utilizadas para minimizar a disseminação de patógenos, com destaque para a higienização das mãos.

CONCLUSÃO/RECOMENDAÇÕES

A abordagem múltipla para o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde pode ser favorecida por meio das seguintes ações:

• **Políticas de vigilância e controle de infecção** – Vigilância contínua e efetiva da infecção; incentivo por meio de campanhas, reuniões clínicas, seminários sobre adesão às medidas de precauções-padrão e baseadas em vias de transmissão; monitoração e divulgação das taxas de higienização de mãos por unidades e equipes sempre com o aspecto de incentivo a melhoria dos padrões.

• **Instituição** – Disponibilizar recursos para permitir a efetividade da adesão das medidas de precaução na prática e uso de EPI.

• **Recursos humanos** – Destacar a importância do comportamento individual e do coletivo na prevenção e controle da infecção, reafirmando a responsabilidade inerente a cada um.

• **Pesquisa** – Extrapolar a definição de taxas e fazer estudos sobre o conhecimento e o comportamento dos profissionais de saúde, buscando conhecer e atuar em aspectos específicos.

Conclui-se esta reflexão com a clareza de que algo tem de ser feito, e rapidamente, pois a questão da emergência dos micro-organismos resistentes é muito séria e complexa. Novos comportamentos devem ser assumidos em detrimento de conceitos que dia a dia são discutidos, avaliados e apresentados à comunidade científica. A saída para o problema, certamente, não está centralizada em recomendações inatingíveis para a prevenção e o controle das infecções hospitalares e para a disseminação dos micro-organismos multirresistentes, mas, sim, no somatório de cada atitude profissional realizada de forma consciente, participativa e responsável.

REFERÊNCIAS

1. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. World Health Organizations; 2009.
2. Redação do Diário da Saúde. Controle de infecção hospitalar em São Paulo é falha, diz CRM. Diário da Saúde; 2009 abril 16, últimas notícias.
3. Severino AJ. Metodologia do Trabalho Científico: diretrizes para o trabalho didático-científico na universidade. 2ª. ed. São Paulo: Cortez & Moraes; 1976.
4. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2007.
5. Paula DM. Precauções de Contato: uma avaliação do conhecimento e comportamento dos profissionais de um centro de terapia intensiva. [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem; 2008.
6. Treacle AM, Thom KA, Furuno JP, Strauss SM, Harris AD, Perencevich EM. Bacterial contamination of health care workers' white coats. Am J Infect Control. 2009 mar; 37(2):101-5.
7. Sehulster LM, Chinn RYW, Arduino MJ, Carpenter J, Donlan R, Ashford D, et al. Guidelines for environmental infection control in health-care facilities. Chicago IL: Centers for Disease Control and Prevention; 2004.
8. Consulta Pública nº 34, de 3 de junho de 2009. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. DOU de 4/06/09. [Citado 2008 nov 20]. Disponível em : <http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP%5B26720-1-0%5D.PDF>.
9. Fernandes AT. As bases do hospital contemporâneo: a enfermagem, os caçadores de micróbios e o controle de infecção. In: Fernandes AT, editor. Infecções hospitalares e suas interfaces na área de saúde. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 91-128.
10. Haas JP, Larson, EL. Measurement of compliance with hand hygiene. J Hosp Infect. 2007; 66:6-14.
11. APIC Home. Washington, DC, Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology-APIC; c.1972-2009. [Cited 2009 jul 3]. Targeting Zero HAIs – Position Statement, 2008. Available em: <http://www.apic.org/AM/CMContentDisplay.cfm?ContentFileID=11707>.
12. Pittet D, Donaldson L. World Alliance for Patient Safety. American Journal of Infection Control-AJIC commentary. Am J Infect Control. 2005; 33(8):476-9.
13. Lopes ACS, Oliveira AC, Silva JT, Paiva MHRS. Adesão às precauções padrão pela equipe do atendimento pré-hospitalar móvel de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad Saude Pública. 2008; 24(6):1387-96.
14. Oliveira AC, Gonçalves JA, Paula AO. Subnotificação dos acidentes de trabalho envolvendo material perfurocortante em um centro cirúrgico. Rev Enferm UFPE On Line. 2008; 2(3):216-21.

Data de submissão: 3/3/2009

Data de aprovação: 9/9/2009